

# 大学から精神科病院へのアウトリーチ ～看護実践としての心理教育を用いて～

松田 光信

Mitsunobu Matsuda

## 1. 精神保健医療福祉の基本理念： 「入院医療中心から地域生活中心へ」

我が国の精神保健医療福祉は、「入院医療中心から地域生活中心へ」を基本理念に掲げ、その改革に向けた取り組みが進められている（精神保健医療福祉改革における基本理念、厚労省、2004）。それは、従来の入院医療中心のあり方が、入院期間を長期化させ二次障害としてのホスピタリズムHospitalismあるいは施設症Institutionalismを引き起こしただけでなく、精神疾患をもつ人々の人権を侵害することにもなったからである。

この基本理念に沿って施行されたのが、精神科急性期治療病棟（1996年）や精神科救急入院料病棟（2002年）の診療報酬化である。これらの病棟では、3ヵ月以内の退院を目指すこと等の条件が設けられていることから、当時の精神医療においてはセンセーショナルかつ画期的な施策であった。しかし、精神保健医療福祉が抱える課題は、入院医療の短期化が実現すれば解決するわけではない。重要なのは、当事者が望む充実した生活を地域において送ること、すなわち当事者にとっての「質の高い地域生活」をいかに担保するかにある。

## 2. ゴールは当事者にとっての「質の高い地域生活」 ～当事者が望む充実した生活～

短期の入院医療を受けて退院した当事者の中には、「退院できるのだから病気は治った」「病気は治ったから薬なんて飲まなくてもよい」などの認識により自己判断で服薬を中断し、症状の再燃あるいは病気の再発を繰り返す人が少なくない。当事者が質の高い地域生活を送るためには、そのような状況を防ぐことが最重要課題だといっても過言ではない。

よって、精神医療が抱える今日的課題は、当事者が症状の再燃あるいは病気の再発を予防することを支援する精神科急性期医療の構築だといえよう。この課題に立ち向かうには、当事者個人あるいは集団に対するアプロ

チを併用した積極的な治療と心理社会的アプローチ（心理教育、SST、認知行動療法など）が不可欠（藤村ら、1998；浅井、2001）だといわれている。また、その際に大切にしなければならないのが「患者の主体的意識による治療への参加」を前提にするという考え方である。我々看護師を含む各専門職が、当事者に一方的にはたらしかけることは当事者の主体性を奪うことになり、「当事者が質の高い生活を送る」という本来の目的とは相反する結果をもたらしかねない。

## 3. 看護実践としての当事者に対する心理教育と障壁

心理教育は、心理社会的治療の一つであり、精神疾患をもつ「当事者の主体的意識による治療への参加」を促すことが出来るアプローチである。看護師である筆者の取り組みは、これを看護実践として位置づけられないかと考えだした時から始まった。

心理教育とは、「精神障害やエイズなど受容しにくい問題を持つ人たちに、正しい知識や情報を心理面への十分な配慮をしながら伝え、病気や障害の結果もたらされる諸問題・諸困難に対する対処法を習得してもらう事によって、主体的に療養生活を営めるように援助する方法（心理教育・家族教室ネットワーク）」と定義されている。つまり、心理教育は、情報の伝達、心理的サポート、対処法習得のサポートを行うことによって、精神疾患をもつ当事者が望む充実した生活を支援する一つの手段なのである。

ところが、心理教育の実践方法を修得する過程においては、それを阻む数々の障壁と遭遇する。その障壁には、研修を受ける機会がない、心理教育セッションをイメージできない、集団を対象にした支援に慣れていない、セッション毎に参加者の語りが異なる、そして施設管理者や医療スタッフが関心をもたない・協力しないなどが挙げられる（河野・松田、2011）。また、心理教育を実践する者には、生物学的－心理学的な領域のかなり広い範囲におよぶ知識が要求される（Bisbee CC, & Vickar

GM, 2012) ほか、聴いたり話す能力に続いて、クリアでわかりやすいコミュニケーション能力が重要になる (Chadzyńska M & Chadzyńska K, 2011) ことも障壁となっている。

#### 4. 大学教員としての取り組みと役割意識

筆者は看護系大学教員として、心理教育を精神科臨床に伝達し導入するために、地道な取り組みを重ねてきたつもりである。その内容は、1) 看護実践方法 (心理教育プログラム) の開発・評価を行う、2) 臨床看護師と共に心理教育を実践する、3) 心理教育ワークショップを開催する、という3点に集約できる。

1) は、看護師版 [統合失調症患者] 心理教育プログラムを開発し、その有用性を検証することによりエビデンスを創出・蓄積する取り組みである。2) は、プログラム開発者またはその精通者が精神科病院に出向き、現場の看護師と共に心理教育を実践することによってそのコツを伝達する取り組みである。3) は、看護の現場から研修会場までの物理的距離を縮めるために、県内を数箇所に分けて研修会場を借用し心理教育実践ワークショップを開催する取り組みである。そのうち、アウトリーチ活動として位置づけているものが2) と3) である。

このような取り組みの最終ゴールは、現場を支える看護師と同様に「当事者が質の高い地域生活を送る」ことである。しかし、現場を支える看護師と看護系大学教員の活動は、次の点において相違すると考える。それは、両者が主に用いる手段にあり、前者は直接的な看護実践に重きを置くのに対し、後者は研究に重きを置くところにあるとう点である。このように両者は、主に用いる手段にこそ違いはあれ、互いに同じ目標に向かっていているのである。

この考えに到達しそれを痛感させたのは、自己の基盤を形成する看護実践経験であり、その間に抱いた数々の

疑問や課題、そしてその解決に向けて未熟ながらも悩み取り組み続けてきた経験である。だからこそ、大学教員として意識している自己の役割は、エビデンスの創出に取り組み、その成果を看護現場に伝達することによって、看護の質の向上に寄与することだと考えている。それは「現場改革」の視点で行う小さな活動であっても、精神疾患をもつ「当事者が質の高い地域生活を送ること」に向かい地に足の着いた活動であることが重要だと考えている。

#### 5. 心理教育とリカバリー

心理教育は、患者が主体的に療養生活を営むことを支援する手段であり、それはDeegan PE (2001) が「新しい自分になるための過程」「自分の限界を見つける過程」「限界が新たな可能性を広げていくのを発見する過程」だと表現するリカバリーを支える手段になり得るものである。また、リカバリーの過程は、完全な直線的プロセスではなく (Deegan PE, 1988)、紆余曲折しつつ進展あるいは前進するものである。

看護は古くからプロセスを大切にしてきた専門職であり、その中でも看護の対象と看護師の間の相互作用プロセスを大切にしてきた歴史をもっている。だからこそ、精神疾患をもつ当事者のリカバリー・プロセスに看護師がしっかりと関与し、当事者が「新しい自分になるための過程」を支援する役割を担わなければならないと考える。なぜならば、看護とは病の中に意味を見出すことができるように個人、家族、地域を援助すること (Travelbee J, 1971) であり、それはリカバリー概念がもつ意味と重なり合うからである。

看護師による心理教育の実践は、より高度なコミュニケーション技術を要する看護実践であるが、それは当事者のリカバリーを支える活動であると同時に、看護の本質そのものである。